

AUS DER NEUROCHIRURGISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK ZÜRICH

Direktor: Prof. Dr. med. H. Krayenbühl

UND AUS DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK ZÜRICH

Direktor: Prof. Dr. med. M. Bleuler

Zürcher Erfahrungen mit der präfrontalen Leukotomie

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

ALFRED STOFFEL

von Arbon

Genehmigt auf Antrag von Herrn Prof. Dr. M. Bleuler

ZÜRICH 1952

ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG, ZÜRICH

AUS DER NEUROCHIRURGISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK ZÜRICH

Direktor: Prof. Dr. med. H. Krayenbühl

UND AUS DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK ZÜRICH

Direktor: Prof. Dr. med. M. Bleuler

Zürcher Erfahrungen mit der präfrontalen Leukotomie

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

ALFRED STOFFEL

von Arbon

Genehmigt auf Antrag von Herrn Prof. Dr. M. Bleuler

ZÜRICH 1952

ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG, ZÜRICH



Digitized by the Internet Archive
in 2026



Zürcher Erfahrungen mit der präfrontalen Leukotomie

VON ALFRED STOFFEL

Seit der ersten Leukotomie in Zürich, im Oktober 1946, sind mehr als fünf Jahre vergangen. In Zusammenarbeit zwischen der neurochirurgischen und psychiatrischen Klinik sind seither 122 Geisteskranke leukotomiert worden, zur Hauptsache Schizophrene. Im Ausland, wo die Leukotomie schon zehn Jahre früher eingeführt worden war, sind viele Statistiken veröffentlicht worden, die in ihren Resultaten nicht immer übereinstimmen.

Allgemein wird anerkannt, daß die Leukotomie vor allem auf schwere, gefährliche, affektgeladene Zustände günstig einwirkt, wie sie häufig bei Schizophrenen vorkommen. Besonders günstig für die Operation erwiesen sich jene quälenden Zwangshandlungen, schwere Erregungen mit Aggressionen, Zerstörungssucht und Selbstverstümmelungstendenz, die die Pflege der Kranken oft außerordentlich erschweren.

Eine gesicherte Erklärung dafür, weshalb und auf welche Weise die Leukotomie solche Zustände heilen oder mildern kann, gibt es bis heute noch nicht. Unter anderem ist auch noch unabgeklärt, warum ein Erfolg nur bei einem Teil der Operierten eintritt und weshalb es gelegentlich zu Rückfällen kommt. Eine Folge dieser Unsicherheit ist, daß die Indikationsstellung für die Leukotomie von Ort zu Ort wechselt.

Hier in Zürich wurde von Anfang an die strenge Indikation beachtet, wie sie M. BLEULER 1947 formuliert hat:

„Es kommen nur schwerste, mit den bisherigen Verfahren unheilbare Fälle für die Operation in Frage, deren Leben durch dauernde Erregung, Selbstmord- und Selbstverstümmelungstendenz, Gewalttätigkeit, besonders aktive Nahrungsverweigerung u. ä. gefährdet ist. Die Forderung, die Leukotomie nur bei unheilbaren, schwersten und gefährlichen Zuständen anzuwenden, ergibt sich gebieterisch aus ihrer eigenen Gefährlichkeit.

Am ehesten versprechen alle Psychosen Erfolg, bei denen Zwangs- und Drangerscheinungen das Bild beherrschen. Ferner kommt die Operation in Frage bei allen andern psychopathologischen quälenden und gefährlichen Symptomen, die mit großem Affekt einhergehen und bei schweren Dauerverstimmungen.

Diese beiden Voraussetzungen können bei den verschiedensten Diagnosen gegeben sein (Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, Epilepsie, Postenzephalitis, schwerstes impulsives Irresein u. a.).“

1948 berichtete L. TUOR-WINKLER über die ersten 9 in Zürich leukotomierten Schizophrenen. W. U. RORSCHACH veröffentlichte 1950 die Erfahrungen mit den ersten 71 Schizophrenen, die in Zürich operiert wurden.

Die vorliegende Arbeit stellt sich zur Hauptaufgabe, die beiden früheren Arbeiten zu ergänzen und bis heute nachzuführen. Daneben soll besonders auf die Frage eingegangen werden, ob und in welchem Maße Zusammenhänge bestehen zwischen der präpsychotischen Persönlichkeit, dem Verlauf der Psychose und dem Operationserfolg.

Das Material

Unser Ausgangsmaterial umfaßt die 122 Patienten, die in der Zeitspanne vom Oktober 1946 bis September 1951, durch die psychiatrische Klinik eingewiesen, in der neurochirurgischen Klinik Zürich leukotomiert wurden. Dabei handelt es sich nur zu einem kleinen Teil um langdauernde Patienten der Zürcher Klinik. Der größere Teil von ihnen wurde uns von auswärtigen Anstalten zum Zwecke der Prüfung der Operationsindikation zugewiesen. In der Regel wurde die doppelseitige präfrontale Leukotomie nach MONIZ angewendet. Bei 7 Patienten wurde der Eingriff nach einiger Zeit wiederholt, in 4 Fällen sogar die beidseitige Topektomie der Area 9, 10, 46 ausgeführt, wenn das Operationsresultat negativ war oder ein Rückfall eingetreten war.

Die 122 Leukotomierten setzen sich zusammen aus 117 Schizophrenen und 5 Kranken mit andern Psychosen. Entsprechend der strengen Indikationsstellung handelt es sich nur um Fälle mit schwerstem Verlauf, bei denen jede andere Therapie versagt hatte.

Krankheitsdauer vor der Leukotomie

1—2 Jahre	1 Fall
2—3 Jahre	10 Fälle
3—4 Jahre	8 Fälle
4 und mehr Jahre .	alle übrigen 103 Fälle

Wenn wir die leukotomierten Schizophrenen in Bezug auf ihre präpsychotische Persönlichkeit und auf den Verlauf der Psychose vor der Operation hin untersuchen, kommen wir zu folgendem Ergebnis:

1. Präpsychotische Persönlichkeit

In seiner Monographie „Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen“ und in seiner Abhandlung über „Das Wesen der Schizophrenieremissionen nach Schockbehandlung“ unterteilt M. BLEULER die präpsychotischen Charaktere in 5 Gruppen. Im folgenden halte ich mich genau an diese Einteilung. Die Kolonne „unsicher“ betrifft diejenigen Fälle, die ich mangels genauerer Angaben nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit einteilen konnte. Den größten Prozentsatz an „Unsicheren“ finden wir bei den „Unauffälligen“, weil man um so eher dazu neigt, jemand als unauffällig zu beurteilen, je weniger man von ihm weiß.

Die präpsychotische Persönlichkeit der 117 leukotomierten Schizophrenen

	sicher	Proz.	unsicher	Total	Proz.
Unauffällige	17	19%	12	29	27%
Schizoid-Auffällige innerhalb der Norm .	33	38%	1	34	31%
Anders-Auffällige innerhalb der Norm .	4	5%	2	6	5%
Schizoide Psychopathen	30	34%	7	37	34%
Andere Psychopathen	3	4%	—	3	3%
Total	87	100%	22	109	100%

(8 Patienten konnten mangels genügender Angaben nicht eingeteilt werden.)

Das Resultat weicht nicht stark ab von den Zahlen, die man von einer Gesamtheit unausgelesener Schizophrener erhält.

2. Krankheitsverlauf vor der Operation

Entsprechend der Indikation zur Leukotomie bilden unsere Patienten schon eine ganz bestimmte Auswahl in Bezug auf den Verlauf ihrer Psychose. Alle Fälle, bei denen es zu Heilung oder nur zu leichtem Defekt kam, fehlen. Unser Material enthält nur jene Verlaufsarten der Schizophrenie, die bereits vor dem Eingriff zu schwerem Defekt oder Verblödung geführt haben. Ich kann mich daher auf folgende 3 Verlaufsarten beschränken:

Einfache Verläufe:

- akut zu Verblödung oder schwerem Defekt (a),
- chronisch zu Verblödung oder zu schwerem Defekt (b).

Wellenförmiger Verlauf:

- wellenförmig zu Verblödung oder schwerem Defekt (c).

a) akuter Verlauf	27 Fälle =	23,3%
b) chronischer Verlauf	34 Fälle =	29,3%
c) wellenförmiger Verlauf	55 Fälle =	47,4%
Total	116 Fälle =	100 %

das heißt, fast die Hälfte unserer Fälle zeigte einen wellenförmigen Verlauf der Psychose. Etwas mehr als ein Viertel der Patienten dagegen erkrankte langsam an einer chronisch-progredienten Form der Schizophrenie, und bei etwas weniger als einem Viertel setzte die Krankheit akut ein und führte zu einem schweren Defektzustand oder zu Demenz ohne Remissionen.

In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, daß bei einer Gesamtheit von schockresistenten, verblödeten oder defekten Schizophrenen in mehr als zwei Drittel der Fälle ein einfach-progredienter Verlauf (a und b) nachzuweisen ist. Die Indikationsstellung zur Leukotomie führt also irgendwie dazu, daß nicht alle zur Verblödung führenden Verlaufsformen gleich häufig operiert werden, wie schon W. U. RORSCHACH erwähnt. Wahrscheinlich besteht eine Beziehung zwischen akuten Verläufen und Affektgeladenheit, welche bei der Indikation wichtig ist.

Erfolgs-Statistiken

Eine Heilung in medizinischem Sinne wurde in keinem der Fälle erzielt. Ich teile unsere Resultate in folgende Stufen ein:

1. Sozial geheilt: Sind jene seltenen Fälle vollständiger Resozialisierung, in denen der Patient dem Außenstehenden als „normal“ oder „fast normal“ erscheint. Er ist der Umgebung angepaßt, benimmt sich unauffällig und arbeitet produktiv. Die genaue ärztliche Untersuchung deckt aber noch deutliche Reste der Psychose auf.

2. Gebessert bis zur Entlassungsfähigkeit: Bedeutet, daß der Patient zwar nach Hause oder in eine Pflegefamilie entlassen werden konnte, daß aber die Arbeitsfähigkeit und die Beziehungen zur Umgebung durch Symptome seines Defektzustandes (z. B. durch Wahnideen, Halluzinationen, Autismus, Antriebslosigkeit usw.) gestört blieben.

3. Innerhalb der Anstalt deutlich gebessert: Umfaßt eine Gruppe von Patienten, die trotz deutlicher Besserung nicht entlassen werden konnten. Immerhin sind sie so weit sozialisiert, daß sie, im Gegensatz zum präoperativen Zustand, auf ruhigen Abteilungen gehalten werden können und keine besonderen pflegerischen Schwierigkeiten mehr bereiten.

4. Innerhalb der Anstalt wenig gebessert: Sind jene Fälle, die auf die Operation zwar eindeutig positiv, aber nur in geringem Maße, angesprochen haben. Sie zeigen noch deutliche, schwere Krankheitssymptome. Patienten dieser Stufe bieten im großen Ganzen dasselbe Zustandsbild wie vor der Leukotomie, nur sind sie etwas leichter zu pflegen. Entweder sind die ruhigen Phasen zwischen Erregungen länger geworden, oder die Erregungen sind schwächer und weniger gefährlich. Hier wird die Antriebslosigkeit und Gleichgültigkeit — vermutlich als Folge eines durch die Operation gesetzten birnlokalen Psychosyndroms — besonders deutlich. Von vielen Patienten dieser Gruppe weiß man, daß sie ihre alten Zwangsimpulse, Wahnideen und Halluzinationen immer noch haben, daß sie jedoch diesen gegenüber viel gleichgültiger geworden sind. Oft werden Patienten, die vorher dauernd ängstlich erregt oder depressiv waren, nach der Operation euphorisch. Aggressionen äußern sich oft nur noch in Angriffshaltung und Drohgebärden.

5. Nicht gebessert: Heißt, daß der Patient durch die Leukotomie völlig unbeeinflusst geblieben ist, oder daß eine eventuelle leichte Änderung keine Erleichterung seiner Pflege gebracht hat.

Hier habe ich ferner 2 Fälle miteingereiht, die nach der Operation, infolge verstärkter sozialer Enthemmung, eine unbedeutende Verschlimmerung zeigten.

6. Gestorben: Hier sind nur jene Fälle eingereiht, bei denen der Tod die unmittelbare Operationsfolge darstellt (in der Regel Ventrikelblutungen). Patienten, die später an interkurrenten Krankheiten gestorben sind, wurden in dieser Rubrik nicht aufgeführt, da ihr Tod mit der Leukotomie nichts zu tun hat.

Erfolg der Leukotomie bei Nicht-Schizophrenen

Anzahl der Fälle: 5

- Fall 1: sozial geheilt
(schwer depressiver Dauerzustand bei manisch-depressivem Irresein)
Beobachtungsdauer nach der Operation: 1 Jahr.
- Fall 2: gebessert bis zur Entlassungsfähigkeit
(Imbezillität mit Selbstverstümmelungstendenzen)
Beobachtungsdauer nach der Operation: 1 Jahr.
- Fall 3: innerhalb der Anstalt deutlich gebessert
(genuine Epilepsie mit Verblödung und Aggressivität)
Beobachtungsdauer nach der Operation: $\frac{1}{4}$ Jahr.
- Fall 4: innerhalb der Anstalt wenig gebessert
(erethische Idiotie mit schweren Erregungen und Zerstörungstendenzen)
Beobachtungsdauer nach der Operation: 4 Jahre.
- Fall 5: zunächst leichte Besserung (Beruhigung), nach 4 Monaten jedoch Rückfall in den alten Zustand
(erethische Idiotie, ständig erregt und oft aggressiv)
Beobachtungsdauer nach der Operation: 3 Jahre.

Erfolg der Leukotomie bei Schizophrenen

Anzahl der Fälle: 117

1. Von der Operation bis zum Abschluß der Beobachtung dauernd sozial geheilt: 8 Fälle = ca. 7%
(Beobachtungszeit nach der Operation in Jahren: $5\frac{1}{2}$, 5, 5, $4\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$, 2, 1, 1.)
2. Von der Operation bis zum Abschluß der Beobachtung dauernd gebessert und aus der Anstalt entlassen: 12 Fälle = ca. 10%
(Beobachtungsdauer nach der Operation in Jahren: $4\frac{1}{2}$, 4, 3, $2\frac{1}{2}$, 2, 2, $1\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{2}$, 1, 1, $\frac{1}{2}$.)
3. Nach der Operation vorübergehend bis zur Entlassungsfähigkeit gebessert, nachher wieder verschlimmert:
 - a) nach der Verschlimmerung noch innerhalb der Anstalt deutlich gebessert: 5 Fälle = ca. $4\frac{1}{2}\%$
(Beobachtungsdauer nach der Verschlimmerung in Jahren: 2, 2, $1\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{2}$, 1.)
 - b) nach der Verschlimmerung noch innerhalb der Anstalt wenig gebessert: 2 Fälle = ca. 2%
(Beobachtungsdauer nach der Verschlimmerung in Jahren: 3, 3.)
 - c) nach der Verschlimmerung innerhalb der Anstalt gegenüber dem präoperativen Zustand nicht gebessert: 3 Fälle = ca. $2\frac{1}{2}\%$
(Beobachtungsdauer nach der Verschlimmerung in Jahren: 2, 1, $\frac{1}{2}$.)
4. Von der Operation bis zum Abschluß der Beobachtung dauernd innerhalb der Anstalt deutlich gebessert: 11 Fälle = ca. 9%
(Beobachtungsdauer nach der Operation in Jahren: 4, 4, 3, 3, 3, $1\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{2}$, 1, 1, 1.)
5. Nach der Operation vorübergehend innerhalb der Anstalt deutlich gebessert, nachher wieder verschlimmert:
 - a) nach der Verschlimmerung innerhalb der Anstalt noch wenig gebessert: 3 Fälle = ca. $2\frac{1}{2}\%$
(Beobachtungsdauer nach der Verschlimmerung in Jahren: $2\frac{1}{2}$, 2, $\frac{1}{2}$.)
 - b) nach der Verschlimmerung innerhalb der Anstalt gegenüber dem präoperativen Zustand nicht gebessert: 3 Fälle = ca. $2\frac{1}{2}\%$
(Beobachtungsdauer nach der Verschlimmerung in Jahren: $4\frac{1}{2}$, 2, 1.)
6. Von der Operation bis zum Abschluß der Beobachtung dauernd innerhalb der Anstalt wenig gebessert geblieben: 25 Fälle = ca. 21%

(Beobachtungsdauer nach der Operation in Jahren: 5, 5, $4\frac{1}{2}$, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 3, 3, 3, 3, $2\frac{1}{2}$, 2, $1\frac{1}{2}$, 1, 1, 1, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$.)

7. Nach der Operation innerhalb der Anstalt leicht gebessert, nachher Verschlimmerung, so daß auf die Dauer der präoperative Zustand wieder hergestellt blieb: 7 Fälle = ca. 6%

(Beobachtungszeit nach der Verschlimmerung in Jahren: 4, $2\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$, 2, 1, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$.)

8. Von der Operation bis zum Abschluß der Beobachtung überhaupt nicht gebessert: 31 Fälle = ca. 26%

9. Gestorben (Tod unmittelbare Operationsfolge): 7 Fälle = ca. 6%

Zusammenfassend kommt man zu folgendem Ergebnis:

Positiv auf die Leukotomie haben angesprochen	79 Patienten	= ca. 68%
Davon auf die Dauer	66 Patienten	= ca. 56%
Ganz unbeeinflusst blieben	31 Patienten	= ca. 26%

Um unsere Resultate mit solchen ausländischer Autoren vergleichen zu können, zitiere ich beispielsweise die Erfolgsstatistiken von ROTHSCILD und KAYE (American Journal of Psychiatry Nr. 10, 1949) und diejenige des BOARD OF CONTROL (England and Wales, 1947):

ROTHSCILD und KAYE kommen bei 100 leukotomierten Schizophrenen, nach einer Beobachtungszeit von $\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ Jahren, zu folgendem Ergebnis:

stark gebessert	10 Fälle
gebessert	32 Fälle
wenig gebessert	42 Fälle
nicht gebessert	14 Fälle
schlechter	2 Fälle

Der BOARD OF CONTROL veröffentlicht 1947 folgende Zahlen über 1000 Leukotomiefälle nach einer Beobachtungszeit von $\frac{1}{4}$ —2 Jahren:

soziale Heilung	16,2%
gebessert	46 % (davon 9,8% nach Hause entlassen)
keine Änderung	32,1%
schlechter	1 %
gestorben	4,7% (inkl. interkurrente Erkrankungen)

Ganz ähnliche Resultate wie bei ROTHSCILD und KAYE werden auch in einer andern amerikanischen Arbeit veröffentlicht (OLTMAN BRODY, FRIEDMAN, GREEN, American Journal of Psychiatry Nr. 10, 1949). Die Ergebnisse dieser amerikanischen Statistiken sind deutlich besser als unsere. Die Ursache liegt offensichtlich darin, daß wir nur schwerste Fälle für die Operation ausgelesen haben.

Die Resultate des BOARD OF CONTROL entsprechen ungefähr unsern eigenen.

Die Beziehung zwischen der Verlaufsform der Schizophrenie und dem Leukotomie-Erfolg

Schon in den früheren Arbeiten aus unserer Klinik wurde darauf hingewiesen, daß besonders die akut-beginnenden Schizophrenen auf die Leukotomie gut ansprechen. Die folgenden Statistiken zeigen den Opera-

tionserfolg gesondert nach der Verlaufsform der Psychose vor der Operation. Das Ergebnis bestätigt die obenerwähnte Feststellung vollauf.

a) Akuter Verlauf: 27 Patienten (3 gestorben)

(akuter Beginn, einfacher Verlauf ohne Remissionen.)

	Endresultat
1. sozial geheilt	3 von 24
2. gebessert bis zur Entlassungsfähigkeit	3 von 24
3. innerhalb der Anstalt deutlich gebessert	3 von 24
4. innerhalb der Anstalt wenig gebessert	8 von 24
5. nicht gebessert	7 von 24
Total . . .	24

b) Chronischer Verlauf: 34 Patienten (3 gestorben)

	Endresultat
1. sozial geheilt	2 von 31
2. gebessert bis zur Entlassungsfähigkeit	3 von 31
3. innerhalb der Anstalt deutlich gebessert	3 von 31
4. innerhalb der Anstalt wenig gebessert	10 von 31
5. nicht gebessert	13 von 31
Total . . .	31

c) Wellenförmiger Verlauf: 55 Patienten

	Endresultat
1. sozial geheilt	3 von 55
2. gebessert bis zur Entlassungsfähigkeit	6 von 55
3. innerhalb der Anstalt deutlich gebessert	10 von 55
4. innerhalb der Anstalt wenig gebessert	12 von 55
5. nicht gebessert	24 von 55
Total . . .	55

Die teilweisen oder vollständigen Rückfälle verteilen sich folgendermaßen auf die präoperativen Verläufe:

akuter Verlauf	2
chronischer Verlauf	5
wellenförmiger Verlauf	17

Zusammenfassend kommt man zu folgendem Resultat (um besser vergleichen zu können, sind die Werte in Prozenten umgerechnet, obschon eigentlich die Anzahl der Fälle dafür viel zu klein ist):

	Auf die Dauer gebessert	Vorübergehend gebessert, dann teilweiser oder vollständiger Rückfall
Akuter Beginn einfacher Verlauf ohne Remissionen	71%	8%
Einfacher chronischer Verlauf	58%	16%
Wellenförmiger Verlauf	56%	31%

Diese Untersuchung weist daraufhin, daß Schizophrenien, die akut beginnen und ohne Remissionen zu Defekt oder Demenz führen, mit größerer Wahrscheinlichkeit durch die Leukotomie gebessert werden als andere Schizophrenieformen. Freilich wären größere Zahlen nötig, um ein statistisch völlig stichhaltiges Ergebnis zu zeitigen.

Auffallend ist die Häufigkeit der Rückfälle bei wellenförmig verlaufenden Schizophrenien. Sie sind hier ungefähr 4mal häufiger als bei den akut verlaufenden.

Die Beziehung zwischen präpsychotischer Persönlichkeit und Leukotomie-Erfolg

In früheren Arbeiten wird darauf hingewiesen, daß solche Beziehungen bestehen. In Analogie dazu sieht man bei der Schocktherapie, daß präpsychotisch Unauffällige viel häufiger unter den Schockgeheilten vorkommen als unter den Schockresistenten (vgl. dazu P. RAMER „Die präpsychotische Persönlichkeit schockresistenter Schizophrener“). H. HEIMANN zeigt, allerdings nur an einem kleinen Krankenmaterial, in seinen „Erfahrungen mit der frontalen Lobotomie bei Schizophrenen“, daß der Leukotomieerfolg um so größer ist, je mehr die frühere Lebenseinstellung des Patienten eine aktive, hingabefähige und arbeitsfreudige war. Will man jedoch die präpsychotische Persönlichkeit derart differenzieren, so benötigt man dazu sehr ausführliche und zuverlässige Angaben aus der Vorgeschichte, wie man sie bei einem großen Teil unserer Patienten aus den Akten allein nicht entnehmen kann. Verzichtet man aber auf eine genauere Differenzierung und begnügt man sich mit der üblichen Einteilung der präpsychotischen Persönlich-

keit in fünf Gruppen (siehe Seite 5), so findet man bei unserem Material keine Beziehung zwischen präpsychotischer Persönlichkeit und Leukotomieerfolg.

Die folgende Tabelle zeigt den Operationserfolg bei den verschiedenen Gruppen präpsychotischer Persönlichkeit. Dabei vernachlässige ich absichtlich die Gruppen der „anders Auffälligen“ und der „andern Psychopathen“, da ihre Zahlen so klein sind, daß sie statistisch keinen Wert haben.

	Unauffällig	Schizoid innerhalb der Norm	Schizoid psycho- pathisch
1. sozial geheilt	2	3	3
2. gebessert bis zur Entlassungsfähigkeit	3	6	2
3. innerhalb der Anstalt deutlich gebessert	5	3	6
4. innerhalb der Anstalt wenig gebessert	4	10	12
5. nicht gebessert	12	11	13
6. gestorben	3	1	1
Total	29	34	37

Wenn man nicht das Total der „Unauffälligen“, sondern nur die „sicher Unauffälligen“ berücksichtigt (siehe Seite 5), so kommt man zu folgenden Zahlen: 17 „sicher Unauffällige“, davon 6 nicht gebessert.

Diese Untersuchung zeigt also, daß ungefähr ein Drittel unserer Patienten durch die Leukotomie nicht günstig beeinflusst wurde, ganz unabhängig davon, ob sie präpsychotisch unauffällig, schizoid oder schizoid-psycho-pathisch waren. Allerdings sind unsere Zahlen viel zu klein, um daraus mit Sicherheit einen Schluß ziehen zu können.

Welche Symptome werden durch die Leukotomie gebessert?

Unsere Erfahrungen darüber decken sich vollständig mit jenen anderer Autoren.

In den meisten Fällen betrifft die Besserung Spannungszustände mit ängstlicher Erregung, Zerstörungssucht, Aggressivität, Suizidalität oder Selbstverstümmelungstendenz. Zwangs- und Drangerscheinungen sprechen ganz besonders gut an auf die Leukotomie. Weniger häufig werden Autismus und Negativismus günstig beeinflusst und noch seltener Denkstörungen, Wahnideen und Halluzinationen.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit 122 Geisteskranken, die in der Zeit vom Oktober 1946 bis September 1951 in Zürich leukotomiert wurden. Darunter befinden sich 117 Schizophrene.

Unsere Ergebnisse entsprechen ungefähr jenen einer großen englischen Statistik (BOARD OF CONTROL, England and Wales, 1947), sind jedoch deutlich schlechter als jene einer amerikanischen Arbeit (ROTHSCHILD und KAYE).

Es konnte wahrscheinlich gemacht werden, daß Schizophrenien mit einfachem, akutem Verlauf mehr Aussicht haben, durch die Leukotomie gebessert zu werden, als jene mit einfachem, chronischem oder mit wellenförmigem Verlauf. Auffällig ist, daß Rückfälle am häufigsten vorkommen bei Schizophrenien, die vor der Operation wellenförmig verliefen.

Im Gegensatz zu den Erfolgen der Schocktherapie scheint der Erfolg der Leukotomie unabhängig zu sein davon, ob der Patient präpsychotisch unauffällig, schizoid oder schizoid-psychopathisch war.

Literaturverzeichnis

- BLEULER, M. Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen. G. Thieme, Leipzig 1941.
- Das Wesen der Schizophrenieremissionen nach Schockbehandlung. Zeitschr. f. ges. Neurol. Bd. 173, S. 553, 1941.
- Leukotomie, psychiatrische Gesichtspunkte. Vortrag gehalten vor der Gesellschaft der Ärzte in Zürich am 12. Juni 1947.
- BOARD OF CONTROL (England and Wales): Prefrontal Leucotomy in 1000 cases. His Majesty's Stationary Office, London 1947.
- HEIMANN, H. Erfahrungen mit der frontalen Lobotomie bei Schizophrenen. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. Sep. Vol. 121, Nr. 2/3 1951.
- KRAYENBÜHL, H. Die Technik der präfrontalen Leukotomie. Vortrag gehalten vor der Gesellschaft der Ärzte in Zürich am 12. Juni 1947.
- OLTMAN, BRODY, FRIEDMAN, GREEN: Frontal Lobotomy. Clinical experience with 107 cases in a state Hospital. Am. J. of Psych. Vol. 105, Nr. 10, 742, 1949.
- RAMER, P. Die präpsychotische Persönlichkeit schockresistenter Schizophrener. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. L, H. 1, 1943.
- RORSCHACH, W. U. Zürcher Erfahrungen an leukotomierten Schizophrenen. Dissertation, Zürich 1950.
- ROTHSCHILD and KAYE. The effects of prefrontal lobotomy on the symptomatology of schizophrenic patients. Am. J. of Psych. Vol. 105, Nr. 10, 752, 1949.
- SIEGFRIED, S. Untersuchungen über Krankheitsverlauf und Familienbild bei schockresistenten Schizophrenen. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. L, H. 1, 1943.
- TUOR-WINKLER, L. Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie durch die präfrontale Leukotomie nach Moniz. Dissertation, Zürich 1948.

Curriculum vitae

Ich wurde am 17. August 1922 in Zürich geboren. Nach 6 Jahren Primarschule trat ich in das kantonale Gymnasium Zürich ein und erhielt 1941 das Maturitätszeugnis (Typus B). Das ganze Medizinstudium absolvierte ich in Zürich und schloß es im Herbst 1948 mit dem eidgenössischen Staatsexamen ab. Vom Juli 1949 bis Juli 1951 war ich als Assistenzarzt am Kantonsspital in Glarus tätig.

Zürich, am 1. Juli 1952

